

CA20N

XC 21

- 2011

I 56

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

Government
Publications

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

INFECTION PREVENTION AND CONTROL AT LONG-TERM-CARE HOMES

(Section 3.06, 2009 Annual Report of the Auditor General of Ontario)

2nd Session, 39th Parliament
60 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Infection Prevention and Control at Long-Term Care Homes (Section 3.06, 2009 Annual
report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.

Title on added t.p.: Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue
durée (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06).

Also available on the Internet.

ISBN 978-1-4435-5343-8

1. Nosocomial infections—Ontario—Prevention. 2. Long-term care facilities—Ontario—
Evaluation. I. Title. II. Title; Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de
longue durée (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

RA644.N66 O56 2010

353.6'309713

C2010-964071-3E

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,



Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

A handwritten signature in cursive script, reading "Norm. Sterling".

Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
February 2011



STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

PETER SHURMAN
Vice-Chair

WAYNE ARTHURS

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE


DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

DAVID ZIMMER

Katch Koch and Trevor Day
Clerks of the Committee

Lorraine Luski
Research Officer



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761114681950>

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP

MARIA VAN BOMMEL was replaced by WAYNE ARTHURS on September 22, 2010.

CONTENTS

PREAMBLE	1
Acknowledgements	1
OVERVIEW	1
Objectives and Scope of the Audit	1
Legislative and Regulatory Framework	2
Number and Types of Homes	2
Administering and Funding LTC Homes	3
Infection Risk among Residents in LTC Homes	3
Health Care Associated Infections (HAI)	4
Roles and Responsibilities for Infection Prevention and Control	4
ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE	4
Screening	4
Use of Private Rooms	6
Urinary Tract Infections	7
Immunization	8
Antibiotic Use	11
Tracking Infections	14
Establishing Benchmarks	14
Publicly Reporting Patient Safety Indicators	16
Infection Prevention and Control Professional	18
CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS	20

PREAMBLE

In May 2010 the Standing Committee on Public Accounts held public hearings on Infection Prevention and Control at Long-Term Care Homes, the subject of an audit by the Auditor General in 2009.¹ Witnesses from the Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry) who appeared before the Committee included the Deputy Minister and senior staff. Other witnesses included representatives of the three audited long-term care homes: Extendicare York (a 288-bed for-profit nursing home in Sudbury), Nisbet Lodge (a 103-bed charitable home in Toronto), and Regency Manor (a 60-bed for-profit nursing home in Port Hope). This Committee report highlights the Auditor's observations and recommendations contained in Sec. 3.06 of his *2009 Annual Report* and presents the Standing Committee's own findings, views, and recommendations.

Acknowledgements

The Standing Committee endorses the Auditor's findings and recommendations. It also thanks the Auditor and his team for drawing attention to the important issue of infectious diseases in Ontario's long-term care (LTC) homes and how such homes seek to prevent and control these infections.² The Standing Committee also extends its appreciation to officials from the Ministry as well as officials from Extendicare York, Nisbet Lodge, and Regency Manor for their attendance at the hearing. Finally, the Committee acknowledges the assistance provided during the hearings and report writing by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff of the Legislative Research Service.

OVERVIEW

Objectives and Scope of the Audit

A special report was issued by the Auditor in September 2008 on prevention and control of hospital-acquired infections. On October 29 of that year the Public Accounts Committee held a public hearing in connection with that audit and issued a report. The Auditor decided to review the same issue in long-term care homes.

The audit's objective was to assess whether selected LTC homes followed effective policies and procedures to prevent and control infections.

¹ For a transcript of proceedings see: Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Hansard: Official Report of Debates*, 39th Parliament, Second Session (12 May 2010), Internet site at http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files_pdf/12-MAY-2010_P006.pdf, accessed on October 7, 2010.

² See: Section 3.06 of Ontario, Office of the Auditor General, *2009 Annual Report* (Toronto: The Office, 2009), pp. 159-185, Internet site at http://www.auditor.on.ca/en/reports_en/en09/306en09.pdf, accessed on October 7, 2010.

Audit work was conducted at the three LTC homes mentioned above. Excluded from the audit were municipally-run LTC homes because the *Auditor General Act* does not apply to municipal grants (other than permitting the Auditor General to examine a municipality's accounting records to determine whether a grant was spent for intended purposes).

The audit team examined the Ministry's inspection and other reports related to infection prevention and control in the three homes. The team did not review the Ministry's inspection process in depth because the Office of the Ombudsman of Ontario was conducting a review of this process at the time of the audit.

Due to their potential negative impact on resident health, the Auditor focused on four infectious diseases: *Clostridium difficile* (*C. difficile*), febrile respiratory illness (FRI), methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), and vancomycin-resistant enterococci (VRE). Each can be transmitted through contact. Therefore, hand hygiene and cleaning and disinfecting surfaces are critical to preventing their spread. Also examined were preventative measures pertaining to urinary tract infections and skin breakdowns prone to infection (such as bed sores).

Legislative and Regulatory Framework

The *Long-Term Care Homes Act* (LTCHA) was passed in 2007. The new Act and regulations (which came into force on July 1, 2010) replace three different laws governing long-term care homes³ as well as the *Long-Term Care Homes Program Manual*. Requirements in the new act and regulations include:

- a detailed review as part of the inspection process of the infection prevention and control programs, procedures, and responses at each LTC home in Ontario;
- infection, prevention, and control programs, including daily monitoring of residents at all LTC homes to detect the presence of resident infection;
- measures to prevent the transmission of such infections; and
- standards and requirements that LTC homes' infection prevention and control programs must comply with.⁴

Number and Types of Homes

More than 600 LTC homes in Ontario provide care, services, and accommodations to about 75,000 individuals, mostly over age 65, who are unable to live independently and require 24-hour nursing care and supervision in a secure setting. LTC homes essentially become "home" for most of their residents. All

³ *Nursing Homes Act*, the *Charitable Institutions Act*, and the *Homes for the Aged and Rest Homes Act*.

⁴ See: Standards and requirements, sec. 86. (3) *Long-Term Care Homes Act*, 2007, S.O. 2007, Chapter 8, Internet site at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_07l08_e.htm.

homes fall within one of four categories: for-profit and not-for-profit nursing homes, charitable homes, and municipal homes for the aged, as illustrated below in Figure 1. Almost 60% of the homes are for-profit nursing homes.

Figure 1: Ontario's Long-term-care Homes by Type, November 2008

Source of data: Ministry of Health and Long-Term Care

Home type	# of Homes	# of Beds
nursing home (for profit)	353	40,100
nursing home (not-for-profit)	95	11,200
charitable (not-for-profit)	54	7,500
municipal (not-for-profit)	103	16,400
Total	605	75,200

Prepared by the Office of the Auditor General of Ontario.

Administering and Funding LTC Homes

In fiscal 2009/10 the Ministry, through the Local Health Integration Networks (LHINs), provided \$2.9 billion in funding to LTC homes.⁵ In addition, the Ministry provided another \$0.4 billion directly to LTC homes, resulting in total funding for this sector of \$3.3 billion in 2009-10.⁶ According to the Ministry, there has been more than a 50% increase in funding to the LTC homes sector since 2003/04.⁷ These amounts cover a portion of the total costs; residents must also pay between \$1,600 and \$2,200 a month (approx.) for their accommodations, depending on whether they occupy a basic, semi-private, or private room.

As infection prevention and control activities are integrated throughout their operations, none of the three homes visited by the audit team separately tracked the costs of preventing and controlling infections.

Infection Risk among Residents in LTC Homes

A high risk of infectious diseases spreading among residents of long-term care homes (hereafter referred to as “residents” and “homes”) exists because residents often share rooms and generally eat and participate in activities together. Residents also have a higher risk than the general population of acquiring an infection due to advanced age, vulnerability to illness, and cognitive impairment.

⁵ In 2009-10, Ministry operating expenses for over 600 LTC homes, apportioned among the 14 LHINs, totalled \$2,877,608,964. See: Ontario, Ministry of Finance, *Public Accounts of Ontario 2009-2010*, Ministry Statements and Schedules, Vol 1 (Toronto: The Ministry), pp. 2-240 to 2-243.

⁶ Funding information showing the split between LHIN funding and Ministry managed funding was provided by senior officials, Ministry of Health and Long-Term Care, November 26, 2010.

⁷ Total LTCH funding increased from \$2,116,615,872 in 2003/04 to \$3,261,455,653 in 2009/10. See Ibid.

Health Care Associated Infections (HAI)

When a resident in a home acquires an infection it is considered a health care associated infection (HAI). An HAI's impact on residents can range in severity from feeling unwell to requiring antibiotics or even admission to hospital. In severe cases, HAIs can cause death.

Although information is unavailable on the total number of HAIs that occur in Ontario's homes annually, studies indicate that infection is one of the most common reasons for resident hospitalization—the main medical reason for about 27% of all hospital admissions of residents, according to one U.S. study.

Roles and Responsibilities for Infection Prevention and Control

The Ministry sets standards of care and conducts annual, unannounced inspections of all LTC homes to monitor compliance with legislation and Ministry policies. During these inspections, aspects of infection prevention and control are monitored.

LTC homes are responsible for adopting effective infection-prevention-and-control policies and procedures.

Physicians and nurses working in the home likewise have professional responsibilities related to infection prevention and control: these are set out in standards and guidelines published by their respective regulatory colleges.

Others in the home, including personal support workers, cleaning staff, residents, and visitors, all play a role in preventing and controlling the spread of infections in homes. So, too, do other organizations such as the 14 Regional Infection Control Networks (RICNs) and local public health units. As well, the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC) provides evidence-based advice regarding multiple aspects of infectious disease identification, prevention, and control to Ontario's Chief Medical Officer of Health. PIDAC was established in the wake of the 2003 SARS outbreak in Ontario and abroad. It has developed best practices documents that are applicable to LTC homes which incorporate guidelines and recommendations from various entities such as the Public Health Agency of Canada and the College of Physicians and Surgeons of Ontario.

ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE

Significant issues were raised by the audit, and before the Committee. The Committee attaches particular importance to those issues discussed below:

Screening

Screening helps homes to identify newly admitted residents who have an infectious organism or disease, and to implement additional measures and precautions. Samples, taken from residents at risk—and forwarded to a laboratory—will determine whether the residents have the organism or disease.

The Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC) views screening as an important step in keeping an infectious organism or disease from spreading to other residents, staff, and visitors.

Although the three audited homes all had policies to screen new residents for febrile respiratory illnesses (FRIs), only two of the homes documented this process. At these two homes, just 60-80% of new residents in the Auditor's sample were actually screened. The third home had no evidence of formal screening for FRIs.

The Auditor recommended that LTC homes monitor whether their screening processes are in accordance with the recommendations made by PIDAC and with the legislative requirements.

Public Hearings

Members asked about formal notification processes or protocols for transferring a resident from a LTC home to hospital, from hospital to a LTC home, and from one LTC home to another LTC home, where infectious diseases in residents are suspected.

Witnesses responded as follows:⁸

- If a home suspects an outbreak, officials notify Public Health immediately and continue surveillance. Public Health will determine whether the home should continue surveillance or has an outbreak.
- Should Public Health officials determine there is an outbreak, they will communicate with community providers and, depending upon the severity of an outbreak, will also determine whether the public should be informed. Community Care Access Centres (CCACs) which coordinate transfers between LTC homes, will call the receiving home about the possible outbreak; it is the latter's decision whether or not to accept the resident. Ministry officials clarified that residents transferring to a different home are screened as new admissions.
- Residents requiring emergency hospital services who have an infectious disease or who are in a home that might be in outbreak, may still be transferred to an acute care hospital, and the transfer form will disclose the person's infection or the outbreak at the home.
- LTC homes have a trial program with their local hospitals whereby an emergency room (ER) nurse will attend the resident in the LTC home in an effort to reduce transfers from the LTC homes to hospitals. Should the resident still require transfer to the hospital, the ER nurse will monitor the resident in hospital and provide relevant feedback to the home when the resident returns. Such feedback might state what infections the resident was exposed to while in hospital so that the home can apply the appropriate

⁸ In the next part of the report, the term "witnesses" refers to one or more of the three audited long-term care homes.

protocols when the resident returns. Members heard that this procedure is consistent across all Ontario's nursing homes.

When Members specifically asked whether a hospital admitting a LTC home resident known to have *C. difficile* would, in all cases, receive the transfer form that confirmed the presence of the infectious disease, the witnesses responded affirmatively.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 1. While recognizing that there is some communication between LTC homes and hospitals regarding patients with an infectious disease, the Ministry of Health and Long-Term Care should determine, in conjunction with LTC homes and hospitals, how best to ensure that this information is communicated on a timely basis for patients transferring to or from hospital, and report to the Standing Committee on steps to be taken for this purpose.**

Use of Private Rooms

The audited homes were designed to specifications dating back to 1972 regarding the size of rooms and number of beds per room. However, similar to newer homes, they generally lack unoccupied rooms into which they can move infectious residents. According to PIDAC, residents with an FRI who share a room should have the curtain drawn around their bed. However, all three homes indicated a reluctance to do this unless specifically requested by the resident.

The Auditor recommended that the Ministry develop guidance to assist homes in determining how best to meet PIDAC's recommendations on isolating and cohorting residents who have or are at high risk of having infectious diseases, given the limited availability of private rooms.

Public Hearings

Ministry officials noted that first and foremost, long-term care homes are the home of the elderly residents. As part of the Province's initiative to modernize and redevelop long-term care beds, current redesign plans call for larger rooms having a maximum of two beds, all with wheelchair-accessible washrooms designed to keep residents with infectious diseases adequately separated. The Ministry plans to redevelop 35,000 beds in older LTC homes over the next decade. According to officials, thirty-seven LTC homes representing approximately 4,200 beds have already committed to the redesign and the Ministry plans to renew approximately 7,000 beds every two years.

One nursing home official from an older home noted that the home was scheduled for redevelopment within the next decade and that currently, in some situations, they used the home's infirmary to house an infectious patient.

During its deliberations the Committee expressed concern about the reluctance of some LTC homes to implement the PIDAC best practice of isolating or cohorting residents. Members cited the example of homes declining to draw the curtains around the beds of residents with an FRI who share a room, unless specifically requested to do so by the resident.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 2. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee indicating the steps that the LTC homes will take to commence the periodic monitoring of screening processes to ensure alignment with PIDAC recommendations and legislative requirements.**
- 3. Given the limited availability of private rooms, the Ministry of Health and Long-Term Care shall, in conjunction with the LTC homes and PIDAC, review PIDAC's recommendations on isolating and cohorting residents who have, or are at high risk of having infectious diseases, and report to the Standing Committee the results of the review.**

Urinary Tract Infections

Research indicates that urinary tract infections (UTIs) are generally the most commonly reported bacterial infections in residents.

All three homes had policies for performing continence assessments within seven days of a resident's admission, and quarterly thereafter, in accordance with the Ministry's Program Manual. The audit team found that initial continence assessments were completed for all residents in the audit sample. However, while one home completed almost all the quarterly assessments, the other two homes completed less than 75%.

Studies indicate that, for general good health, the recommended minimum daily fluid intake for residents is 1,500 millilitres. All three homes had policies consistent with this and monitored the amount of fluid each resident consumed daily. The audit team noted, however, that only 10% to 20% of resident files sampled at two of the homes showed that the resident had consumed the recommended amount of daily fluid. At the third home, all resident files sampled showed that the residents had consumed at least the recommended amount of fluids.

Public Hearings

During the public hearings Members asked why the prevention of UTIs at long-term care homes is such an uphill battle.

A witness responded that UTIs and use of urinary catheters seem to go hand in hand. For this reason, physicians at this home do not support the use of catheters unless it's medically necessary. The home's rate of catheter use is 1.1% versus the provincial rate of 2.9%. With respect to UTIs, the home reported a rate of 4% and the provincial rate was 5.7% in the last quarter. Between 2007 and 2009, the UTI rates in this home have been below the provincial average.

To prevent UTIs, this home serves larger glasses of fluids at meal service and encourages the intake of additional fluids. Staff also monitor residents' fluid intake on a daily basis, and a registered nurse calculates whether the resident has taken enough fluid within each 72-hour period. Continuing concerns about insufficient fluid intake are referred to the dietician. Another witness lacked UTI information as a rate, but indicated four such infections in this year, and said that the home has a prevention program similar to the one described by the previous witness.

Immunization

PIDAC notes that immunization is one of the most effective measures for preventing residents and staff from acquiring communicable diseases. It recommends that homes have immunization programs for residents that include pneumococcal pneumonia immunization and annual influenza immunization.

The Ministry set certain target immunization rates for residents and staff of long-term care homes up to January 2009. As Figure 6 (below) shows, in 2008, the audited homes were generally close to or above the targeted rates for influenza immunization of residents and staff. However, all three homes were below the targeted pneumococcal immunization rate for residents. The Ministry said that it was reviewing the appropriateness of developing updated target vaccination rates because these targets have not been shown to influence immunization rates.

The Auditor recommended that LTC homes continue to promote and monitor the immunization of residents and staff.

Figure 6: Target and Actual Immunization Rates at Three Long-term-care homes, 2008

Source of Data: Ministry of Health and Long-Term Care and audited long-term-care homes

Type of immunization	Range	
	Ministry Target (%)	At homes Visited (%)
annual influenza immunization for residents	95	91 to 96
annual influenza immunization for staff	70	63 to 85
pneumococcal immunization for residents	95	63 to 77

Public Hearings

Members asked the witnesses about the barriers to reaching Ministry target immunization rates for residents and staff.

Annual Influenza Immunization of Staff

One witness said that while its influenza education program, delivered by a public health nurse, provides information about the benefits, staff have responded to alternative information on the Internet that discouraged immunization. However, in cases of a confirmed outbreak of influenza A or B, this home has a policy of not allowing staff members to work until they have taken Tamiflu or are immunized. A representative from this home noted that the staff immunization rates for the current year are 37% for the H1N1 influenza vaccine and 21% for the seasonal influenza vaccine. In her view this was an outlier year as the home's staff immunization rates typically reach 60%.

A second witness noted that in addition to providing staff training, the home had offered prizes to encourage staff immunization, but that mixed public messages about the H1N1 vaccine had prompted staff to become fearful. Vaccinations for staff should be mandatory; otherwise the Ministry's 70% target would not be met.

A third witness spoke of difficulties with the whole immunization program during the past flu season: the H1N1 and the seasonal influenza vaccine were released at different times of the year, and many staff assumed that they didn't need the seasonal influenza vaccine because they had earlier been vaccinated with the H1N1. While staff are typically immunized at the work site, this year because of the intermittent availability of the vaccines, some staff sought vaccinations offsite.

Supplementary Information

Statistics Canada released self-reported information about the 2009-10 flu season and immunization rates as follows:

- 60% of Canadians did not get vaccinated against the H1N1 virus. The reasons, in descending order, were that they "did not think it was necessary," they "hadn't gotten around to it," and they had (unspecified) fear of the H1N1 vaccine.
- 66% of health-care workers said they had been vaccinated against H1N1.
- 55% of Canadians with chronic conditions claimed to have received the vaccine.
- The province having the lowest vaccination rate was Ontario (32%). As Ontario is the only province with a decade-long universal vaccination campaign against influenza, this finding was unexpected. (Newfoundland and Labrador had the highest vaccination rate – 69%).
- The percentage of Canadians who typically receive the seasonal flu vaccine is 32%.

- A total of 428 Canadians died from H1N1 and thousands were infected, according to the Public Health Agency of Canada.⁹

Pneumococcal Immunization of residents

The Committee was told that the pneumococcal vaccine is offered to LTC home residents upon admission and they can choose whether to take or refuse the vaccine. One home's rates increased from 63% in 2008 to 91% in 2009. As a strategy, representatives of this home had spoken to both the residents' and family council about the vaccine's benefits. A recent turnover of residents resulted in newcomers more inclined to vaccination. A witness from another home said that despite discussing the benefits at both the family council and the admission care conference, some residents exercise their right to refuse these vaccinations.

There was a discussion during the hearings about the different rates of immunization for pneumococcal and influenza vaccines. Witnesses explained why residents in all three homes were below the Ministry's targeted immunization rate for pneumococcal but close to the targeted immunization rate for influenza. Whereas the influenza immunization is offered at the home annually, the pneumococcal vaccine lasts for a longer period of time and therefore is generally offered to a resident upon admission and again five years later. A second witness confirmed the same practice at her LTC home. This may explain why the resident immunization rates vary for the pneumococcal and the regular influenza vaccine.

Ministry officials indicated a need to pay closer attention to what is and is not working in terms of encouraging higher immunization rates among residents and staff. They noted that Public Health immunization campaigns against influenza such as "stop the bug" are largely driven by Public Health. Officials also acknowledged that the H1N1 vaccination campaign did throw off the seasonal influenza campaign this past year. One official suggested that reporting on immunization rates in different homes and organizations might be worth considering.

Committee Recommendations

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

4. **The Ministry of Health and Long-Term Care indicate whether it will require each LTC home to publicly report the influenza immunization rates for the residents and staff of the home, including posting the rates in a prominent place in the home during the flu season. Furthermore, the Ministry shall report to the Standing Committee whether it will publicly report the annual influenza immunization rates (by residents and staff) for each of Ontario's approximately 600 LTC homes on its website.**

⁹ Jeff McIntosh, Canadian Press, "H1N1 shots skipped by 60% of Canadians," *CBC News*, September 30, 2010.

5. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on its assessment of the advantages and disadvantages of mandatory influenza immunization programs for staff of LTC homes.

Antibiotic Use

Residents in LTC homes use antibiotics primarily to treat infections. Research indicates an association between one's increased use of antibiotics and the resistance of infections to certain antibiotics. In addition, individuals are at increased risk for acquiring certain infections (such as *C. difficile* and MRSA) if they are taking antibiotics. One study of Canadian and U.S. LTC homes indicated that antibiotics were prescribed to 79% of residents over a one-year period.

Unlike hospitals, LTC homes are not required to identify outbreaks of *C. difficile* to their local public health unit, or to report the outbreaks to the Ministry, although many homes do. In 2008/09, some 81 *C. difficile* outbreaks in homes were reported to the Ministry. The Auditor has observed that the judicious use of antibiotics has been shown to reduce the incidence of *C. difficile*.

PIDAC's recommendations to limit the increase and spread of antibiotic-resistant infections include directing all LTC settings:

- to develop an "antibiotic stewardship program" by implementing policies and procedures to promote judicious antibiotic use including the policy that homes have an antibiotic drug formulary that lists the antibiotics that physicians can prescribe; and
- to review actual antibiotic use to assess prescribing appropriateness.

While none of the three audited homes had implemented the recommended antibiotic drug formulary, all three homes had processes to monitor antibiotic usage to some extent.

The Auditor recommended that the Ministry, in conjunction with other interested stakeholders, should help LTC homes develop an antibiotic drug formulary. As well, the Ministry should periodically review antibiotic use in LTC homes to facilitate follow-up action where the use seems unusually high.

Public Hearings

Antibiotic Use by Residents

Three practising physicians and a medical advisory committee (MAC) serve one of the LTC homes. The physicians prescribe drugs listed on the Ontario Drug Benefit program and try to follow best practices when prescribing antibiotics. For example, they will not immediately treat a resident's suspected bladder infection with antibiotics unless the resident is exhibiting symptoms. The MAC can access information on the types of antibiotics prescribed at this home, and the physicians prescribing them.

At a second home, the physician can access data from the home's pharmacy indicating the number of antibiotics being prescribed to the residents. Staff are seeking to have the pharmacy change the programming so that when an antibiotic is ordered, it prompts staff to report the condition(s) the antibiotic is being prescribed to treat.

Joint Task Force on Medication Management

On the issue of antibiotic resistance and best practices, Members asked officials to highlight what types of recommendations have been proposed by the Joint Task Force on Medication Management in Long-Term Care.

The Joint Task Force report was an initiative of the Ministry and provider associations¹⁰ that was convened in response to the Auditor-General's *2007 Annual Report* (S. 3.10, Medication Management in Long-Term Care Homes).¹¹ The five recommendations of the Task Force Report focused on four broad areas:

- (1) medication incident reporting
- (2) improved medication reconciliation
- (3) better processes concerning high-risk drugs in the elderly, and
- (4) technology strategies and supports

Beer's List

Since the tabling of the Joint Task Force Report in November 2009, the partners continue to implement the recommendations. A sample of actions taken includes:

- The Ontario Long Term Care Association (OLTCA) is working with the Ontario Long Term Care Physicians Association to help educate sector stakeholders on the Beer's List—certain high-risk drugs that experts have indicated are generally more harmful than beneficial to older adults—as it might be adapted to Ontario.¹²
- The Ministry is working with the Ontario Health Quality Council and the Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP) on the Residents-First

¹⁰ Partners in the Joint Task Force included the Ontario Long Term Care Association, the Ontario Association of Non-Profit Homes & Services for Seniors, and the Institute for Safe Medication Practices (ISMP), Canada.

¹¹ S. 3.10 of the Auditor's *2007 Annual Report* was selected by the Standing Committee on Public Accounts for public hearings in May 2008. The Committee endorsed the Auditor's findings and recommendations and drafted nine of its own recommendations in a 13 page report. See: Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, Long-Term Care Homes – Medication Management (Sec. 3.10, 2007 Annual Report of the Auditor General of Ontario), First Session, 39th Parliament, November 2009.

¹² The Beers List was first developed in 1991 by Dr. Mark H. Beers, an American gerontologist who created the list according to the following criteria: appropriate use of medication, effectiveness, risk of adverse events, and the availability of safer alternates. Updated in 2002, it includes about 50 medications or classes of medications considered to pose a high risk to adults 65 or older.

initiative to apply continuous quality improvement methods within the homes.¹³

Medication Safety Self-Assessments

Ministry officials highlighted one of the tools for LTC homes that resulted from the task force report—medication safety self-assessments. Approximately 65% of homes undertook a methodical self-assessment of their processes for medication delivery.¹⁴ As a result, homes are seeking to ensure that they have features in their pharmacy contracts such as regular meetings with their pharmacist.

When witnesses were asked to comment on the self-assessments, one acknowledged finding the process and the ISMP bulletins that highlight typical medication errors, valuable. Witnesses are seeking to improve medication practices—including the prescribing of selected narcotics to residents. One witness spoke of occasionally finding that the home's physicians were prescribing very strong narcotics (such as Fentanyl) to residents. Consequently, the home approached its partner pharmacy asking that an alert be programmed requiring that a resident's medication history be reviewed whenever such drugs are prescribed. In total, the home's pharmacy programmed into its system a list of about 20 high-risk drugs that will generate such alerts. Now the system's alerts prompt communication between the pharmacy and the physician. The system is working. Recently, the home's pharmacy heard from a physician thanking the pharmacy for an alert that prompted him to alter a resident's prescription.

Witnesses at another home spoke of how they examine high risk medications and medication reconciliation more closely. Staff at this home conducted a medication self-assessment and reviewed the recommendations of the Auditor General's *2007 Annual Report* on Medication Management in Long-Term Care Homes. When the home prepared for accreditation in February 2010, Accreditation Canada acknowledged the home's work in medication management and found not one unmet standard related to medication in the home.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

6. **Given the large amount of antibiotics prescribed to many residents of LTC homes and the harm posed by antibiotic-resistant micro-organisms, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on the steps it has taken—such as having discussions with the College of Physicians and Surgeons of Ontario—to periodically review the use of antibiotics in each LTC home.**

¹³ For more information on this initiative see the *Residents First* brochure at http://www.residentsfirst.ca/documents/communicationsnewsletters/residentsfirstbrochure_april2010pdf or go to <http://www.residentsfirst.ca/about> (accessed on October 16, 2010).

¹⁴ Standing Committee on Public Accounts, *Hansard*, p.117.

7. **Given that the audited LTC homes found the Medication Safety Self-Assessments beneficial and the Ministry indicated that approximately 65% of homes have undertaken this assessment, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on whether homes that have not yet completed the assessment will be required to do so and by what date. The Ministry should also indicate the regular basis by which all of the homes will be required to undertake this self assessment.**

Tracking Infections

While the Ministry has introduced a number of initiatives to help prevent and control infectious diseases in LTC homes, it lacks information on the total number of cases of HAIs in these homes: the information collected at the three audited homes was generally not comparable because the homes defined and counted HAIs differently.

The Auditor recommended that the Ministry require homes to identify and track infections in a consistent and comparable manner, using standard definitions and surveillance methods.

Public Hearings

Members asked the Ministry about the apparent lack of consistency in the identification and tracking of infections in LTC homes.

Ministry officials responded that the Ministry has to work toward comparable measures which could be publicly reported. Regulations under the new *Long-Term Care Homes Act, 2007* which came into force on July 1, 2010 require homes to monitor, record, and analyze information daily relating to the presence of infections in residents, and review such information monthly to detect trends. Moreover, the Ministry's computerized care-management system—expected to be fully implemented in homes by summer 2010—will help health professionals in homes to identify and assess residents with various infections. Officials noted that the system will enable homes to track and monitor resident infections in a consistent manner using the same definitions. This data, comparable across all homes, will be forwarded to the Ministry quarterly.¹⁵

Establishing Benchmarks

PIDAC indicates that it is a best practice to evaluate infection rates against benchmarks. Benchmarks enable homes to evaluate their actual infection rate against a targeted maximum rate. Possible benchmarks that a home could use include the rate of infections in the home at a particular point in time in a prior year (known as a baseline rate), and the incidence rate of infections at other

¹⁵ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, Office of the Deputy Minister, S. 3.06 Infection Prevention and Control in Long-Term Care Homes, *Summary Status Table* (May 2010), p. 7.

homes. The Regional Infection Control Networks noted in 2008 that only 15% of facilities (primarily LTC homes) used external benchmarks, and 21% did not use any benchmarks at all. None of the three homes had formally established baseline rates. However, all had compared their current infection statistics against statistics from previous periods.

The Auditor recommended that the Ministry, in conjunction with LTC homes, should establish reasonable targeted maximum rates/benchmarks for the more prevalent infections.

Public Hearings

Members were surprised to learn that LTC homes lack external benchmarks against which infection rates can be evaluated and asked Ministry officials why that is the case.

Ministry officials responded that in the aftermath of SARS, infectious disease outbreak management and its associated methodologies have only recently entered the realm of health care. Accordingly, the PIDAC literature emphasizes individual symptomology and how infection can vary within a home, between homes, and from community to community. Officials emphasized the need to constantly monitor particular symptoms presented by individual residents. The straight use of benchmarks can actually be misleading in some circumstances, according to Ministry officials.

The Ministry noted that while tracking of infectious diseases in LTC homes is still in the development state, software methodology for this sector is forthcoming that will allow the Ministry to capture infectious disease reporting, prevention, and control in a way that will ultimately provide important baseline information for trend analysis.

Members asked about the common assessment tool known as the Resident Assessment Instrument (RAI) and wondered how helpful the tool is in terms of ensuring consistency among the different LTC homes in tracking infection rates. When Members asked whether the tool enables the sector to start acquiring the data needed for benchmarking, Ministry officials responded that it did. Elaborating on the RAI-MDS (minimum data set), it was explained that the resident assessment instrument helps to manage patient care as well as facilitate benchmarking. It is being rolled out—not only in LTC homes, but in other settings such as hospitals and CCACs.

The Ministry is reviewing the appropriateness of establishing targeted maximum rates or benchmarks for the more prevalent infections. The Ministry explained that the rates of selected infections such as influenza and noroviruses in each LTC home often reflect the rates of these viruses in their local communities. Rates are also influenced by the vulnerability of the resident population in the home. As

such, the rates of these infections may not be reflective of the homes' internal infection-prevention-and-control practices, according to the Ministry.¹⁶

With respect to specific infections such as skin infections, however, the Ministry pointed out that each home should establish its own baseline to provide the home with the necessary information to assess the impact of the home's infection-prevention-and-control program over time.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

8. **The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee whether or not it will establish benchmark standards for infection rates in LTC homes by type of infection existing in LTC homes. If not, the Ministry shall explain its reasoning to the Committee for not doing so.**

Publicly Reporting Patient Safety Indicators

Under the *Health Protection and Promotion Act*, LTC homes must report information to their local public health unit on certain diseases such as TB and influenza, as well as outbreaks of respiratory infections and gastroenteritis. Any outbreaks that homes reported to their local public health unit must also be reported directly to the Ministry. However, homes are not required to report other infectious diseases such as MRSA and VRE. Although hospitals must report (since September 1, 2008) when a gastroenteritis outbreak is caused by *C. difficile*, LTC homes are not required to report this.

Ontario hospitals are also required to report publicly on several patient-safety indicators including HAIs such as *C. difficile*, MRSA, and VRE, and on hand hygiene compliance among health-care workers. LTC homes are not subject to similar reporting requirements. However, one of the three homes publicly posted information on the number of certain infections within the home. No information on infection rates was publicly reported by the other two homes.

The Auditor recommended that the Ministry, in conjunction with LTC homes, look into having the homes report publicly, as hospitals do, on certain patient safety indicators, such as cases of *C. difficile* and hand hygiene compliance among resident care staff, using standard definitions and surveillance methods.

Public Hearings

In response to questions, Ministry officials spoke about their support for public reporting of quality measures in the long-term care sector. To that end, the province created the Ontario Health Quality Council. The Council began public reporting on approximately 30 quality indicators from a selection of "early adopter" LTC homes that have been using the data collection tool, the resident

¹⁶ Ibid.

assessment instrument-minimum data set (RAI-MDS) for at least a year. Individual home results are presented as well as provincial results. The featured indicators include health measures that fall into the following five broad domains related to the quality of long-term care in the province:

- (1) keeping people healthy;
- (2) keeping residents safe;
- (3) ensuring that services are resident-centred;
- (4) ensuring access to LTC homes; and
- (5) ensuring that homes are appropriately resourced to meet residents' needs.¹⁷

Members raised another aspect of public reporting with Ministry officials. Pointing out the finding from p. 181 in the Auditor's *2009 Annual Report* that "Ontario hospitals are required to report publicly on several patient-safety factors including health-care-acquired infectious diseases, such as *C. difficile*, MRSA, and VRE, and on hand-hygiene compliance with health-care workers," Members observed that "long-term care homes, however, are not subject to similar reporting requirements." They wondered why the methodology used in hospitals could not be applied to LTC homes.

Ministry officials replied that teams at the Ministry are looking at the viability and meaningfulness of reporting on patient safety indicators in long-term care. As well, the Ministry needs to consider the administrative burden that this might place on homes. While the Ministry maintains its commitment to public reporting, and has the technical capability, it is still working towards comparable measures, according to officials.

Ministry officials asked the Auditor questions about infectious diseases benchmarking in the acute care hospital sector. The Auditor replied that his audit: *Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections*—released as a Special Report on September 29, 2008—recommended that the Ministry in conjunction with the LHINs and hospitals consider public reporting.¹⁸ As of September 2008, the Ministry set out some guidelines and now there is public reporting of HAIs in the hospitals.

The audited homes were asked to comment about their experiences and involvement with public reporting. One witness noted that the Ministry publicly reports the results of every home's annual inspection. An official from a second home indicated that they support public reporting through the Ontario Health Quality Council.

¹⁷ See Ontario Health Quality Council, Long-Term Care, *Frequently Asked Questions*, Internet site at http://ohqc.ca/en/ltc_fac.php, accessed on October 15, 2010.

¹⁸ See Recommendation 4 of Ontario, Office of the Auditor General, Special Report, *Prevention and Control of Hospital-acquired Infections* (Toronto: The Office, September 2008), p. 35, Internet site at http://www.auditor.on.ca/en/reports_en/hai_en.pdf, accessed on October 15, 2010.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

9. **The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on its timeline for requiring LTC homes to publicly report comparable information on patient safety indicators, such as cases of *C. difficile*, similar to what is already required for hospitals. If a phased in approach is planned, the Ministry shall indicate to the Committee the patient safety indicators which will be reported by LTC homes and the date by which the homes are expected to start reporting each indicator.**

Infection Prevention and Control Professional

The audit team observed that all three visited homes had designated an Infection Prevention and Control Professional (ICP) in compliance with Ministry requirements. But, none of the ICPs had specific training in infection prevention and control as recommended by PIDAC. All three homes indicated that they lacked the resources to meet this recommendation. All of these designated individuals performed the ICP role in addition to other functions. The homes indicated that recruiting and retaining well-trained ICPs has been a challenge.

The Auditor recommended that LTC homes ensure that staff, including designated ICPs, have the infection surveillance training recommended for their position.

Public Hearings

Members asked Ministry officials whether the provision that requires an ICP to be appointed in each home has been met, and if not, how consistently is it being enforced?

The Ministry indicated that all homes have a person designated as an ICP. Annual inspections of LTC homes check for that requirement. However, PIDAC would like the ICPs to become formally certified in infection control. Homes are finding this requirement difficult to meet, as the training course takes two years on average to complete. Therefore, while 100% of homes have ICPs on staff, the ICPs lack certification in infection control.

In response to Members' questions, Ministry officials indicated that no deadline or target has been established at this time for ICPs to be trained and certified.

Witnesses were asked questions about the designated ICPs in their homes. When Members asked how the ideas or recommendations of the infection control committee are communicated to front-line staff, and what tangible results came from those quarterly meetings, a witness provided an example. The results of a hand washing audit were communicated to staff highlighting the importance of washing one's hands after touching the environment of a resident's room.

When asked how the homes relate to the Regional Infection Control Networks (RICNs), several witnesses responded that they access the network for education purposes and for support for training initiatives such as *Just Clean Your Hands*. Some homes access the networks regularly and find them to be an extremely helpful resource in terms of educational support and information sharing. Some of the homes are planning to train staff in infection control through their network.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 10. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on the number and percentage of LTC homes that now have a trained and certified Infection Prevention and Control Professional (ICP) on staff.**
- 11. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on other ways that LTC homes can access infection prevention and control expertise in those cases where having a certified Infection Prevention and Control Professional (ICP) on staff may not be practical.**

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS

The Standing Committee on Public Accounts requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with its written responses to the Committee's recommendations within 120 calendar days of the tabling of the report with the Speaker of the Legislative Assembly unless otherwise specified in a recommendation.

1. While recognizing that there is some communication between LTC homes and hospitals regarding patients with an infectious disease, the Ministry of Health and Long-Term Care should determine, in conjunction with LTC homes and hospitals, how best to ensure that this information is communicated on a timely basis for patients transferring to or from hospital, and report to the Standing Committee on steps to be taken for this purpose.
2. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee indicating the steps that the LTC homes will take to commence the periodic monitoring of screening processes to ensure alignment with PIDAC recommendations and legislative requirements.
3. Given the limited availability of private rooms, the Ministry of Health and Long-Term Care shall, in conjunction with the LTC homes and PIDAC, review PIDAC's recommendations on isolating and cohorting residents who have, or are at high risk of having infectious diseases, and report to the Standing Committee the results of the review.
4. The Ministry of Health and Long-Term Care indicate whether it will require each LTC home to publicly report the influenza immunization rates for the residents and staff of the home, including posting the rates in a prominent place in the home during the flu season. Furthermore, the Ministry shall report to the Standing Committee whether it will publicly report the annual influenza immunization rates (by residents and staff) for each of Ontario's approximately 600 LTC homes on its website.
5. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on its assessment of the advantages and disadvantages of mandatory influenza immunization programs for staff of LTC homes.
6. Given the large amount of antibiotics prescribed to many residents of LTC homes and the harm posed by antibiotic-resistant micro-organisms, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on the steps it has taken—such as having discussions with the College of Physicians and Surgeons

of Ontario—to periodically review the use of antibiotics in each LTC home.

7. Given that the audited LTC homes found the Medication Safety Self-Assessments beneficial and the Ministry indicated that approximately 65% of homes have undertaken this assessment, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on whether homes that have not yet completed the assessment will be required to do so and by what date. The Ministry should also indicate the regular basis by which all of the homes will be required to undertake this self assessment.
8. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee whether or not it will establish benchmark standards for infection rates in LTC homes by type of infection existing in LTC homes. If not, the Ministry shall explain its reasoning to the Committee for not doing so.
9. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on its timeline for requiring LTC homes to publicly report comparable information on patient safety indicators, such as cases of *C. difficile*, similar to what is already required for hospitals. If a phased in approach is planned, the Ministry shall indicate to the Committee the patient safety indicators which will be reported by LTC homes and the date by which the homes are expected to start reporting each indicator.
10. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on the number and percentage of LTC homes that now have a trained and certified Infection Prevention and Control Professional (ICP) on staff.
11. The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee on other ways that LTC homes can access infection prevention and control expertise in those cases where having a certified Infection Prevention and Control Professional (ICP) on staff may not be practical.

6. Étant donné la grande quantité d'antibiotiques prescrits à de nombreux pensionnaires des foyers de SLD et les dommages causés par les micro-organismes résistants aux antibiotiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures qu'il a prises — par exemple en prévoyant des discussions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario — pour examiner périodiquement l'utilisation des antibiotiques dans chaque foyer de SLD.
7. Comme les foyers de SLD vérifiés ont trouvé utile l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et que le Ministère a indiqué qu'environ 65 % des foyers avaient procédé à une telle évaluation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent si les foyers qui n'ont pas encore effectué l'évaluation seront tenus de le faire et dans quel délai. Le Ministère doit aussi préciser la fréquence avec laquelle les foyers seront tenus de procéder à cette auto-évaluation.
8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent s'il compte établir des normes repères pour les taux d'infection enregistrés dans les foyers de SLD, par type d'infection existant dans les foyers. Sinon, le Ministère doit expliquer pourquoi il a décidé de ne pas établir de telles normes.
9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent des délais imposés aux foyers de SLD pour se conformer à l'obligation de rendre publiques des données comparables sur les indicateurs de la sécurité des patients, tels les cas de *C. difficile*, comme les hôpitaux sont déjà tenus de le faire. Si une approche graduelle est prévue, le Ministère doit signaler au Comité les indicateurs de la sécurité des patients qui seront déclarés par les foyers de SLD et la date limite à laquelle les foyers sont censés commencer à déclarer chaque indicateur.
10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent du nombre et du pourcentage de foyers de SLD qui emploient un professionnel formé et agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).
11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit signaler au Comité permanent d'autres façons pour les foyers de SLD d'accéder à une expertise en prévention et contrôle des infections lorsqu'il n'est pas pratique d'employer un professionnel agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des comptes publics demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de présenter ses réponses écrites aux recommandations du Comité au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

1. Bien que les foyers de SLD et les hôpitaux entretiennent certaines communications concernant les patients atteints d'une maladie infectieuse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer, de concert avec les foyers de SLD et les hôpitaux, la meilleure façon de s'assurer que cette information est transmise en temps opportun pour les patients transférés d'un foyer à un hôpital ou d'un hôpital à un foyer, et rendre compte au Comité permanent des mesures à prendre à cette fin.

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures que les foyers de SLD comptent prendre pour exercer une surveillance périodique des processus de dépistage et assurer la conformité aux recommandations du CCPMI et aux exigences des lois en vigueur.

3. Étant donné la disponibilité limitée des chambres individuelles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, de concert avec les foyers de SLD et le CCPMI, examiner les recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou qui risquent fortement de contracter une maladie infectieuse, et rendre compte au Comité permanent des résultats de son examen.

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer s'il exigera de chaque foyer de SLD qu'il rende publics les taux d'immunisation de ses pensionnaires et de son personnel contre la grippe, notamment en affichant ces taux dans un lieu bien en vue du foyer durant la saison de grippe. Le Ministère doit aussi indiquer au Comité permanent s'il affichera sur son site Web public les taux d'immunisation annuels (des pensionnaires et du personnel) contre la grippe pour chacun des quelque 600 foyers de SLD de l'Ontario.

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des résultats de son évaluation des avantages et inconvénients des programmes obligatoires d'immunisation contre la grippe pour le personnel des foyers de SLD.

comité de contrôle des infections étaient communiquées au personnel de première ligne et quels étaient les résultats tangibles de ces réunions trimestrielles, un témoin a donné un exemple. Les résultats d'une vérification sur l'hygiène des mains qui ont été communiqués au personnel faisaient ressortir l'importance de se laver les mains après avoir touché des objets dans la chambre d'un pensionnaire. Lorsqu'on leur a demandé quels étaient les liens entre les foyers et les Réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI), plusieurs témoins ont répondu qu'ils accédaient au réseau à des fins d'éducation et à l'appui d'initiatives de formation telles que la campagne *Se nettoyer les mains*. Certains foyers accèdent régulièrement aux réseaux, qu'ils considèrent comme une ressource extrêmement utile pour le soutien en éducation et le partage des informations. Certains foyers prévoient d'offrir une formation en contrôle des infections à leur personnel par l'entremise de leur réseau.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent du nombre et du pourcentage de foyers de SLD qui emploient un professionnel formé et agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).

11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit signaler au Comité permanent d'autres façons pour les foyers de SLD d'accéder à une expertise en prévention et contrôle des infections lorsqu'il n'est pas pratique d'employer un professionnel agréé en prévention et contrôle des infections (PPCI).

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit informer le Comité permanent des délais imposés aux foyers de SLD pour se conformer à l'obligation de rendre publiques des données comparables sur les indicateurs de la sécurité des patients, tels les cas de *C. difficile*, comme les hôpitaux sont déjà tenus de le faire. Si une approche graduelle est prévue, le Ministère doit signaler au Comité les indicateurs de la sécurité des patients qui seront déclarés par les foyers de SLD et la date limite à laquelle les foyers sont censés commencer à déclarer chaque indicateur.

Professionnel en prévention et contrôle des infections

L'équipe de vérification a observé que les trois foyers visités avaient désigné un professionnel en prévention et contrôle des infections (PPCI) conformément aux exigences du Ministère. Cependant, aucun des PPCI n'avait reçu une formation spécialisée en prévention et contrôle des infections, comme le recommandait le CCPMI. Les trois foyers ont indiqué qu'ils ne disposaient pas des ressources voulues pour donner suite à cette recommandation. Toutes les personnes désignées assumaient d'autres fonctions en sus de leur rôle de PPCI. Les foyers ont indiqué qu'il est difficile de recruter et de retenir des PPCI possédant la formation requise.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de SLD veillent à ce que les membres de leur personnel, dont les PPCI désignés, reçoivent la formation en surveillance des infections recommandée pour leur poste.

Audiences publiques

Des membres du Comité ont demandé aux représentants du Ministère si chaque foyer avait nommé un PPCI comme il est censé le faire et, sinon, avec quelle cohérence cette exigence était appliquée.

Le Ministère a indiqué que tous les foyers avaient désigné un PPCI. La conformité à cette exigence est vérifiée lors de l'inspection annuelle de chaque foyer de SLD. Le CCPMI aimerait néanmoins que le PPCI reçoive un agrément formel en contrôle des infections. Les foyers ont du mal à se conformer à cette exigence, car le cours de formation dure deux ans en moyenne. Tous les foyers sont donc dotés en PPCI, mais ces PPCI ne sont pas agréés en contrôle des infections.

En réponse aux questions des membres, les représentants du Ministère ont indiqué qu'aucun délai ou objectif n'avait été établi jusque-là pour la formation et l'agrément des PPCI.

Les membres ont posé des questions aux témoins au sujet des PPCI désignés dans leurs foyers. Lorsqu'ils ont demandé comment les idées ou recommandations du

envisage de déclarer les résultats dans des rapports publics¹⁸. Le Ministère a établi des lignes directrices en septembre 2008, et les IASS dans les hôpitaux font maintenant l'objet de rapports publics.

Les foyers vérifiés ont été invités à parler de leurs expériences dans la diffusion de rapports publics. Un témoin a fait remarquer que le Ministère rendait publics les résultats de l'inspection annuelle de chaque foyer. Un représentant d'un deuxième foyer a indiqué qu'il appuyait les déclarations publiques par l'entremise du Conseil ontarien de la qualité des services de santé.

¹⁸ Voir Recommandation 4, Ontario, Bureau du vérificateur général, Rapport spécial, *Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, Toronto, le Bureau, septembre 2008, p. 40, site Internet (http://www.auditior.on.ca/fr/rapports_fr/ha1_fr.pdf) consulté le 15 octobre 2010.

En réponse aux questions, les représentants du Ministère ont dit qu'ils appuyaient la déclaration publique des mesures de qualité dans le secteur de soins de longue durée. C'est pourquoi la province a créé le Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Le Conseil a commencé à rendre publics une trentaine d'indicateurs de la qualité provenant de certains foyers de SLD qui ont été parmi les premiers à adopter l'outil de collecte de données RAI-MDS et qui l'utilisent depuis au moins un an. Il présente les résultats obtenus dans chaque foyer et à l'échelle de la province. Les indicateurs en question comprennent des mesures de la santé qui se classent dans cinq grands domaines liés à la qualité des soins de longue durée dans la province :

- (1) maintenir les gens en santé;
- (2) assurer la sécurité des pensionnaires;
- (3) veiller à ce que les services soient axés sur les pensionnaires;
- (4) assurer l'accès aux foyers de SLD;
- (5) veiller à ce que les foyers disposent des ressources nécessaires pour répondre aux besoins des pensionnaires¹⁷.

Des membres du Comité ont soulevé un autre aspect des rapports publics auprès des représentants du Ministère. Ils ont souligné que, comme le vérificateur général l'indique à la page 205 de son *Rapport annuel 2009*, les « hôpitaux de l'Ontario doivent déclarer publiquement plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, dont les cas de maladies infectieuses attribuables aux soins de santé, tels le *C. difficile*, le SARM et les ERV, de même que le respect des normes d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé » mais qu'aucune « déclaration comparable ne s'applique aux foyers ». Ils se demandaient pourquoi la méthodologie utilisée dans les hôpitaux ne pourrait pas s'appliquer aux foyers de SLD.

Les hauts fonctionnaires ont répondu que des équipes du Ministère examinaient la possibilité et l'utilité de déclarer des indicateurs de la sécurité des patients dans les foyers de SLD. Le Ministère doit également tenir compte du fardeau administratif que cela imposerait aux foyers. Selon les fonctionnaires, le Ministère reste déterminé à présenter des rapports publics et il possède les capacités techniques voulues pour le faire, mais il travaille encore à établir des mesures comparables.

Les hauts fonctionnaires du Ministère ont posé des questions au vérificateur sur l'analyse comparative des maladies infectieuses dans le secteur des hôpitaux de soins actifs. Le vérificateur a répondu que, dans son rapport spécial *Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, publié le 29 septembre 2008, il recommandait que le Ministère, de concert avec les RLSS et les hôpitaux,

¹⁷ Voir : Conseil ontarien de la qualité des services de santé, Soins de longue durée, *Questions et réponses*, site Internet (http://www.ohqc.ca/fr/ltc_faq.php) consulté le 15 octobre 2010.

taux effectifs pourraient donc ne pas refléter les pratiques internes qu'un foyer applique pour prévenir et contrôler les infections¹⁶.

Cela dit, chaque foyer doit établir ses propres données de référence relatives à des infections particulières (comme les infections cutanées), car il réunirait ainsi l'information dont il a besoin pour évaluer l'impact à long terme de son programme de prévention et de contrôle.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent s'il compte établir des normes repères pour les taux d'infection enregistrés dans les foyers de SLD, par type d'infection existant dans les foyers. Sinon, le Ministère doit expliquer pourquoi il a décidé de ne pas établir de telles normes.

Déclaration publique des indicateurs de la sécurité des patients

La Loi sur la protection et la promotion de la santé oblige les foyers de SLD à déclarer à leur bureau local de santé publique certaines maladies, telles la tuberculose et la grippe, aussi bien que les éclosons d'infections respiratoires et de gastroentérite. Les éclosons que les foyers signalent à leur bureau local de santé publique doivent aussi être déclarées directement au Ministère. Les foyers ne sont toutefois pas tenus de déclarer d'autres maladies infectieuses telles que le SARM et l'ERV. Bien que les hôpitaux doivent signaler (depuis le 1^{er} septembre 2008) toute épidémie de gastroentérite causée par le virus C, difficile, les foyers de SLD ne sont pas tenus de le faire.

Les hôpitaux de l'Ontario doivent déclarer publiquement plusieurs indicateurs de la sécurité des patients, dont les cas d'IASS telles que le C, difficile, le SARM et les ERV, de même que le respect des normes d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé. Là encore, aucune exigence de déclaration comparable ne s'applique aux foyers. Un des trois foyers a quand même publié des données sur certaines infections recensées dans ses locaux. Les deux autres foyers n'ont fourni aucune information publique sur les taux d'infection.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère envisage d'obliger les foyers à déclarer publiquement, à la manière des hôpitaux, certains indicateurs de la sécurité des patients, tels le nombre de cas de C, difficile et le respect des consignes sur l'hygiène des mains par le personnel chargé du soin des pensionnaires, et à utiliser à cette fin des définitions et des méthodes de surveillance normalisées.

comparaient leurs données sur les infections pour l'exercice en cours aux statistiques des périodes antérieures.

Le vérificateur recommandait que le Ministère, de concert avec les foyers de SLD, établisse des taux ou données comparatives maximums cibles raisonnables pour les infections les plus prévalentes.

Audiences publiques

Les membres du Comité ont été surpris d'apprendre que les foyers de SLD n'avaient pas de données repères externes auxquels ils pouvaient comparer leurs taux d'infection et demandé pourquoi aux représentants du Ministère.

Ceux-ci ont répondu que la gestion des épidémies de maladies infectieuses et les méthodologies connexes ne sont apparus sur le radar des soins de santé qu'après la crise du SRAS. La documentation du CCPMI met donc l'accent sur la symptomatologie individuelle et les variations possibles des infections à l'intérieur d'un foyer, entre les foyers et entre les collectivités. Les fonctionnaires ont souligné la nécessité de surveiller constamment les symptômes particuliers présentés par chaque pensionnaire. L'utilisation directe de données repères pourrait même induire en erreur dans certaines circonstances, selon les représentants du Ministère.

Le Ministère a fait remarquer que le suivi des maladies infectieuses dans les foyers de SLD en était encore à l'étape du développement, mais que la technologie logicielle dans ce secteur lui permettrait bientôt de capturer des données sur la déclaration, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses de façon à disposer d'importantes informations de base pour l'analyse des tendances.

Des membres du Comité ont posé des questions sur l'outil commun d'évaluation appelé RAI-MDS (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set) et demandé dans quelle mesure cet outil aidait les différents foyers de SLD à uniformiser le suivi de leurs taux d'infection. En réponse à une autre question, les fonctionnaires du Ministère ont affirmé que l'outil permettait au secteur de commencer à recueillir les données requises pour l'analyse comparative. En ce qui concerne le RAI-MDS, il a été expliqué que l'outil d'évaluation des pensionnaires aidait à gérer les soins aux patients, en plus de faciliter l'analyse comparative. Cet outil est en cours de déploiement, non seulement dans les foyers de SLD mais aussi dans d'autres établissements tels que les hôpitaux et les CASC.

Le Ministère est à l'évaluation l'utilité d'établir des taux ou données comparatives maximums cibles pour les infections les plus prévalentes. Il a expliqué que les taux de certaines infections, tels la grippe et les norovirus, dans chaque foyer sont souvent comparables aux taux enregistrés dans les collectivités environnantes. Les taux dépendent aussi de la vulnérabilité des pensionnaires. Selon le Ministère, les

Suivi des infections

Bien que le Ministère ait lancé plusieurs initiatives visant à prévenir et à contrôler les maladies infectieuses dans les foyers de SLD, il ne possède pas de renseignements sur le nombre total d'IASS dans ce genre d'établissement; l'information recueillie dans les trois foyers vérifiés n'était généralement pas comparable parce que les foyers avaient différentes façons de définir et de compter les IASS.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère exige des foyers qu'ils recensent les infections et en assurent le suivi d'une manière cohérente et comparable, en utilisant à cette fin des définitions et des méthodes de surveillance normalisées.

Audiences publiques

Des membres du Comité ont demandé aux représentants du Ministère d'expliquer le manque apparent d'uniformité dans l'identification et le suivi des infections dans les foyers de SLD.

Ceux-ci ont répondu que le Ministère devait mettre au point des mesures comparables pouvant être rendues publiques. Les règlements pris en application de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2010, exigent des foyers qu'ils surveillent, consignent et analysent chaque jour les données permettant de détecter la présence d'infections chez les pensionnaires, et qu'ils fassent un examen mensuel de cette information afin de cerner les tendances. Par ailleurs, le système informatisé de gestion des soins du Ministère, dont la mise en œuvre intégrale dans les foyers était prévue pour l'été 2010, aidera les professionnels de la santé des foyers à identifier et évaluer les pensionnaires infectés. Les fonctionnaires ont fait remarquer que le système permettrait aux foyers de surveiller les infections et d'en faire le suivi de manière cohérente en se référant aux mêmes définitions. Ces données, comparables dans tous les foyers, seront transmises chaque trimestre au Ministère¹⁵.

Etablissement de données comparatives

Selon le CCPMI, cela tient d'une pratique exemplaire que d'évaluer les taux d'infection en regard de données repères. Ces dernières permettent aux foyers d'évaluer leur propre taux d'infection par rapport au taux maximum visé. Parmi les données comparatives qu'un foyer est susceptible d'utiliser figurent le taux d'infection du foyer à un moment particulier d'une année antérieure (appelé taux de base) et le taux d'incidence des infections dans d'autres foyers. Les réseaux régionaux de lutte contre les infections ont constaté en 2008 que 15 % seulement des établissements (qui étaient surtout des foyers de SLD) utilisaient des données de comparaison externes, tandis que 21 % n'en utilisaient pas du tout. Même si aucun des trois foyers n'avait établi officiellement des taux de base, les trois

¹⁵ Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Bureau du sous-ministre, section 3.06, Prévention et contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée, *Summary Status Table* (mai 2010), p. 7.

Lorsqu'on a demandé aux témoins ce qu'ils pensaient des auto-évaluations, l'un d'eux a reconnu que le processus même et les bulletins d'ISMP signalant des erreurs médicamenteuses typiques étaient utiles. Les témoins s'efforcent d'améliorer les pratiques d'administration des médicaments — dont la prescription de narcotiques choisis aux pensionnaires. L'un d'eux a dit qu'il arrivait parfois aux médecins du foyer de prescrire des narcotiques très puissants (comme Fentanyl) aux pensionnaires. Le foyer a donc demandé à la pharmacie partenaire d'intégrer une alerte à son système de manière à ce que les médecins qui prescrivent des médicaments de ce genre soient tenus d'examiner les antécédents pharmaceutiques du pensionnaire. La pharmacie du foyer a dressé une liste d'environ 20 médicaments à risque élevé qui généreront de telles alertes dans le système. Ces alertes encouragent les communications entre la pharmacie et le médecin. Le système fonctionne bien. Un médecin a récemment remercié la pharmacie d'un foyer après avoir reçu une alerte qui l'avait amené à modifier l'ordonnance d'un pensionnaire.

Les représentants d'un autre foyer ont signalé qu'ils faisaient davantage attention aux médicaments à risque élevé et au rapprochement des ordonnances. Le personnel de ce foyer a effectué une auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et passé en revue les recommandations figurant dans le *Rapport annuel 2007* du vérificateur général qui se rapportent à la gestion des médicaments dans les foyers de SLD. Lorsque le foyer a présenté sa demande d'agrément en février 2010, Agrément Canada a reconnu ses efforts en gestion des médicaments et constaté qu'il satisfaisait à toutes les normes prescrites à cet égard.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

6. Étant donné la grande quantité d'antibiotiques prescrits à de nombreux pensionnaires des foyers de SLD et les dommages causés par les micro-organismes résistants aux antibiotiques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures qu'il a prises — par exemple en prévoyant des discussions avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario — pour examiner périodiquement l'utilisation des antibiotiques dans chaque foyer de SLD.

7. Comme les foyers de SLD vérifiés ont trouvé utile l'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et que le Ministère a indiqué qu'environ 65 % des foyers avaient procédé à une telle évaluation, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer au Comité permanent si les foyers qui n'ont pas encore effectué l'évaluation seront tenus de le faire et dans quel délai. Le Ministère doit aussi préciser la fréquence avec laquelle les foyers seront tenus de procéder à cette auto-évaluation.

- (1) La déclaration des incidents médicamenteux;
- (2) un système amélioré de rapprochement des ordonnances;
- (3) l'amélioration des processus concernant les médicaments à risque élevé chez les personnes âgées;
- (4) les stratégies et soutiens technologiques.

La liste Beers

Depuis que le Groupe de travail mixte a déposé son rapport en novembre 2009, les partenaires s'efforcent d'appliquer les recommandations. Ils ont notamment pris les mesures suivantes :

- L'Ontario Long Term Care Association (OLTCA) travaille avec l'Ontario Long Term Care Physicians Association à sensibiliser les intervenants du secteur à la liste Beers des médicaments à risque élevé qui, d'après les experts, seraient généralement plus de mal que de bien aux personnes âgées, telle que cette liste pourrait être adaptée à l'Ontario¹².

- Le Ministère travaille avec le Conseil ontarien de la qualité des services de santé et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) à l'initiative Priorité aux résidents afin d'appliquer des méthodes d'amélioration continue de la qualité dans les foyers¹³.

Auto-évaluations de l'utilisation sécuritaire des médicaments

Des fonctionnaires du Ministère ont fait valoir un des outils mis à la disposition des foyers de SLD en conséquence du rapport du groupe de travail : les auto-évaluations de l'utilisation sécuritaire des médicaments. Environ 65 % des foyers ont entrepris une auto-évaluation méthodique de leurs processus d'administration des médicaments¹⁴. En conséquence, les foyers veillent à ce que les contrats conclus avec des pharmacies prévoient certaines conditions telles que des réunions périodiques avec le pharmacien.

13 pages, le Comité souscrivait aux conclusions et recommandations du vérificateur et formulait lui-même neuf recommandations. Voir : Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, Foyers de soins de longue durée – Gestion des médicaments (section 3.10, *Rapport annuel 2007* du vérificateur général de l'Ontario), première session, 39^e législature, novembre 2009.

¹² Mise au point en 1991 par le Dr Mark H. Beers, gériatologue américain, la liste repose sur certains critères tels que l'utilisation appropriée d'un médicament, son efficacité, le risque d'effets indésirables et la présence de solutions de rechange plus sécuritaires. Mise à jour en 2002, elle inclut une cinquantaine de médicaments ou catégories de médicaments qui sont considérés comme posant un risque élevé pour les personnes de 65 ans et plus.

¹³ Pour en savoir plus sur cette initiative, lisez la brochure *Priorité aux résidents* (http://www.ohqc.ca/downloads/lrc/fr/RF_Initiative_Brochure_2010Nov%20French.pdf) ou visitez http://research.residentsfirst.ca/propos_du_residents_first (site consulté le 16 octobre 2010).

¹⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. 117.

- d'examiner l'utilisation effective des antibiotiques afin de déterminer s'ils ont été prescrits de façon appropriée.

Aucun des trois foyers vérifiés n'avait mis en œuvre le formulaire recommandé des médicaments antibiotiques, mais ils avaient tous pris certaines mesures pour surveiller l'utilisation des antibiotiques.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, de concert avec d'autres intéressés, aide les foyers de SLD à mettre au point un formulaire de médicaments antibiotiques. Le Ministère doit également examiner périodiquement l'utilisation des antibiotiques dans les foyers de SLD afin de faciliter les mesures de suivi lorsque le taux d'utilisation semble exceptionnellement élevé.

Audiences publiques

Utilisation des antibiotiques par les pensionnaires

Un des foyers de SLD est servi par trois médecins praticiens et un comité médical consultatif (CMC). Les médecins prescrivent les médicaments inscrits sur la liste du Programme de médicaments de l'Ontario et essaient d'adopter des pratiques exemplaires au moment de prescrire des antibiotiques. Par exemple, ils ne traiteront pas immédiatement aux antibiotiques un pensionnaire dont on soupçonne qu'il souffre d'une infection vésicale, sauf s'il présente des symptômes. Le CMC peut accéder à des renseignements sur les types d'antibiotiques prescrits dans ce foyer et les médecins qui les prescrivent.

Dans le deuxième foyer, le médecin peut accéder aux données de la pharmacie du foyer indiquant le nombre d'antibiotiques prescrits aux pensionnaires. Le personnel a demandé à la pharmacie de modifier son système pour qu'il demande au personnel passant une commande d'antibiotique de signaler le ou les problèmes de santé que l'antibiotique est censé traiter.

Groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments

En ce qui concerne la résistance aux antibiotiques et les pratiques exemplaires, des membres du Comité ont demandé aux fonctionnaires de préciser le genre de recommandations formulées par le Groupe de travail mixte sur la gestion des médicaments dans les foyers de SLD.

Le Groupe de travail mixte, une initiative du Ministère et des associations de fournisseurs¹⁰, a été constitué en réponse au *Rapport annuel 2007* du vérificateur général (section 3.10, Foyers de soins de longue durée – Gestion des médicaments)¹¹. Les cinq recommandations de son rapport étaient axées sur quatre grands thèmes :

¹⁰ Les partenaires du Groupe de travail mixte comprenaient l'Ontario Long Term Care Association, l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada).

¹¹ En mai 2008, le Comité permanent des comptes publics a choisi de tenir des audiences publiques sur la section 3.10 du *Rapport annuel 2007* du vérificateur général. Dans son rapport de

envisager de déclarer les taux d'immunisation enregistrés dans les différents foyers et organismes.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit indiquer s'il exigera de chaque foyer de SLD qu'il rende publics les taux d'immunisation de ses pensionnaires et de son personnel contre la grippe, notamment en affichant ces taux dans un lieu bien en vue du foyer durant la saison de grippe. Le Ministère doit aussi indiquer au Comité permanent s'il affichera sur son site Web public les taux d'immunisation annuels (des pensionnaires et du personnel) contre la grippe pour chacun des quelque 600 foyers de SLD de l'Ontario.

5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des résultats de son évaluation des avantages et inconvénients des programmes obligatoires d'immunisation contre la grippe pour le personnel des foyers de SLD.

Utilisation des antibiotiques

Les pensionnaires des foyers prennent des antibiotiques principalement pour combattre des infections. Selon les recherches, il existe une association entre le recours accru aux antibiotiques et la résistance des infections à certains d'entre eux. De plus, les personnes qui prennent des antibiotiques courent un risque accru de contracter certaines infections (comme le *C. difficile* et le SARM). Une étude des foyers de SLD canadiens révélait que des antibiotiques avaient été prescrits à 79 % des pensionnaires sur une période d'un an.

Au contraire des hôpitaux, les foyers de SLD ne sont pas tenus de déclarer les éclosions de *C. difficile* au bureau local de santé publique ni les épidémies au Ministère, même si beaucoup d'entre eux le font. En 2008-2009, 81 éclosions de *C. difficile* dans des foyers ont été signalées au Ministère. Le vérificateur a constaté que le recours judiciaire aux antibiotiques s'était révélé un moyen efficace de réduire l'incidence de *C. difficile*.

Pour limiter la hausse et la propagation des infections résistantes aux antibiotiques, le CCPMI recommande aux établissements de SLD :

- de se doter d'un « programme d'intendance des antibiotiques » en mettant en œuvre des politiques et procédures de promotion de l'utilisation judicieuse de cette catégorie de médicaments, dont une politique en vertu de laquelle les foyers tiendront un formulaire de médicaments énumérant les antibiotiques que les médecins peuvent prescrire;

- 55 % des Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques disaient avoir été vaccinés.
- C'est en Ontario qu'on enregistrerait le taux de vaccination provincial le plus faible (32 %). Comme l'Ontario est la seule province à avoir lancé une campagne de vaccination universelle contre la grippe, ce résultat était surprenant. (C'est à Terre-Neuve-et-Labrador que le taux de vaccination était le plus élevé : 69 %.)
- En règle générale, 32 % des Canadiens se font vacciner contre la grippe saisonnière.
- Selon l'Agence de la santé publique du Canada, un total de 428 Canadiens sont morts de la grippe H1N1 et des milliers d'autres ont été infectés⁹.

Immunsation des pensionnaires contre les pneumocoques

Le Comité a appris que le vaccin contre les pneumocoques était offert aux pensionnaires au moment de leur admission au foyer de SLD et que ceux-ci pouvaient choisir de se faire vacciner ou de refuser le vaccin. Dans un foyer, le taux de vaccination est passé de 63 % en 2008 à 91 % en 2009. Les représentants de ce foyer avaient pour stratégie d'expliquer les avantages du vaccin aux pensionnaires et au conseil de famille. Les pensionnaires récemment arrivés sont plus enclins à se faire vacciner. Un témoin d'un autre foyer a déclaré que les avantages de la vaccination étaient expliqués au conseil de famille et lors de la conférence sur les soins au moment de l'admission, mais que certains pensionnaires exerçaient leur droit de refuser le vaccin.

Les audiences ont donné lieu à une discussion sur les différents taux d'immunsation contre les pneumocoques et contre la grippe. Des témoins ont expliqué pourquoi le taux d'immunsation des pensionnaires des trois foyers était inférieur à l'objectif du Ministère pour les pneumocoques mais approchait de la cible pour la grippe. Alors que les foyers administrent le vaccin contre la grippe une fois l'an, le vaccin contre les pneumocoques dure plus longtemps et est donc généralement offert aux pensionnaires au moment de l'admission et de nouveau cinq années plus tard. Un deuxième témoin a confirmé que son foyer de SLD observait la même pratique. Ceci pourrait expliquer la différence entre les taux d'immunsation des pensionnaires contre les pneumocoques et contre la grippe saisonnière.

Des représentants du Ministère ont indiqué qu'il fallait faire plus attention à l'efficacité des mesures prises pour accroître le taux d'immunsation des pensionnaires et du personnel. Ils ont fait remarquer que les campagnes d'immunsation contre la grippe étaient surtout orchestrées par les services de santé publique. Des fonctionnaires ont également reconnu que la campagne de vaccination contre le virus H1N1 avait délaissé la campagne contre la grippe saisonnière au cours de l'année écoulée. L'un d'eux a suggéré qu'il faudrait

⁹ Jeff McIntosh, La Presse canadienne, « H1N1 shots skipped by 60% of Canadians », CBC News, 30 septembre 2010.

Audiences publiques

Les membres ont demandé aux témoins quels obstacles à l'atteinte des taux d'immunisation cibles du Ministère pour les pensionnaires et le personnel.

Immunisation annuelle du personnel contre la grippe

Un témoin a déclaré qu'une infirmière-hygéniste ou un infirmier-hygéniste offrait un programme d'éducation sur les avantages du vaccin contre la grippe, mais que le personnel avait réagi à des informations alternatives sur Internet qui décourageaient l'immunisation. Le foyer a toutefois pour politique, en cas d'épidémie confirmée de grippe A ou B, de permettre aux membres du personnel de travailler seulement s'ils prennent le médicament Tamiflu ou s'ils ont été immunisés. Une représentante de ce foyer a souligné que le taux d'immunisation du personnel pour l'année en cours était de 37 % pour le vaccin contre la grippe H1N1 et de 21 % pour le vaccin contre la grippe saisonnière. Il s'agissait à son avis d'une année marginale, car le taux d'immunisation du personnel atteint généralement 60 %.

Un deuxième témoin a fait remarquer qu'en plus de lui offrir une formation, le foyer avait decerné des prix pour encourager le personnel à se faire immuniser, mais que des messages publics contradictoires sur le vaccin H1N1 avaient suscité des craintes dans l'esprit du personnel. La vaccination devrait être obligatoire pour le personnel; il serait autrement impossible pour le Ministère d'atteindre l'objectif de 70 %.

Un troisième témoin a parlé des difficultés associées au programme d'immunisation au cours de la dernière saison de grippe : le vaccin H1N1 et le vaccin contre la grippe saisonnière ont été administrés à différents moments de l'année, et beaucoup d'employés pensaient qu'ils n'avaient pas besoin du vaccin contre la grippe saisonnière parce qu'ils avaient déjà été immunisés contre le virus H1N1. Les employés sont généralement immunisés en lieu de travail mais, étant donné la disponibilité intermittente des vaccins cette année, certains d'entre eux se sont fait vacciner en dehors du lieu de travail.

Renseignements supplémentaires

Statistique Canada a diffusé les données autodéclarées suivantes sur la saison de grippe 2009-2010 et le taux d'immunisation :

- 60 % des Canadiens n'ont pas été vaccinés contre le virus H1N1. Les raisons les plus fréquemment citées étaient, en ordre descendant, qu'ils ne « pensaient pas que cela était nécessaire », qu'ils « n'avaient pas encore eu le temps de s'en occuper » et que le vaccin H1N1 leur faisait peur (pour des raisons non précisées).
- 66 % des travailleurs des soins de santé disaient avoir été vaccinés contre le virus H1N1.

province. En ce qui concerne les infections urinaires, le foyer a déclaré un taux de 4 %, comparativement à un taux provincial de 5,7 %, au cours du dernier trimestre. Entre 2007 et 2009, les taux d'infection urinaire dans ce foyer étaient inférieurs à la moyenne provinciale.

Pour prévenir les infections urinaires, le foyer sert de grands verres de liquide à l'heure des repas et encourage les pensionnaires à consommer plus de liquides. Le personnel surveille leur consommation quotidienne et un membre du personnel infirmier autorisé vérifie si le pensionnaire a consommé suffisamment de liquides durant chaque période de 72 heures. Les préoccupations relatives à la consommation insuffisante de liquides sont communiquées à la ou au diététiste. Un autre témoin n'avait pas de données sur le taux d'infection urinaire, mais il a indiqué que son foyer avait connu quatre infections de ce genre cette année et mis en place un programme de prévention semblable à celui décrit par les témoins qui l'ont précédé.

Immunisation

Le CCPMI souligne que l'immunisation est l'une des mesures les plus efficaces à prendre pour protéger les pensionnaires et le personnel contre les maladies transmissibles. Il recommande que les foyers adoptent des programmes d'immunisation des pensionnaires contre la pneumonie à pneumocoques et de protection annuelle contre la grippe.

Jusqu'en janvier 2009, le Ministère fixait aux foyers de SLD des taux d'immunisation à atteindre pour leurs pensionnaires et leur personnel. Comme le montre la Figure 6 (ci-après), en 2008, les foyers vérifiés étaient généralement près d'atteindre ou dépassaient les taux d'immunisation visés contre la grippe. Le taux d'immunisation des pensionnaires contre les pneumocoques était toutefois inférieur aux objectifs dans les trois foyers. Le Ministère a fait savoir qu'il repensait l'utilité de mettre à jour les taux cibles de vaccination, car il n'a pas été démontré que ces objectifs faisaient augmenter le taux d'immunisation.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de SLD continuent de promouvoir et de surveiller l'immunisation des pensionnaires et du personnel.

Figure 6 : Taux d'immunisation cibles et effectifs dans trois foyers de SLD, 2008
 Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et foyers vérifiés

Type d'immunisation	Cible du Ministère (%)		Fourchette dans les foyers vérifiés (%)
immunisation annuelle des pensionnaires contre la grippe	95	70	91 à 96
immunisation annuelle du personnel contre la grippe	70	63 à 85	

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des mesures que les foyers de SLD comptent prendre pour exercer une surveillance périodique des processus de dépistage et assurer la conformité aux recommandations du CCPMI et aux exigences des lois en vigueur.
3. Étant donné la disponibilité limitée des chambres individuelles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, de concert avec les foyers de SLD et le CCPMI, examiner les recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou qui risquent fortement de contracter une maladie infectieuse, et rendre compte au Comité permanent des résultats de son examen.

Infections urinaires

Les recherches indiquent que les infections urinaires sont généralement les infections bactériennes les plus fréquemment déclarées chez les pensionnaires.

Les trois foyers avaient pour politique d'évaluer la continence dans les sept jours suivant l'admission d'un pensionnaire, puis tous les trois mois par la suite, conformément au Manuel du programme du Ministère. L'équipe de vérification a constaté que les évaluations initiales de la continence avaient été effectuées pour tous les pensionnaires échantillonnés. Dans le cas des évaluations trimestrielles cependant, un des foyers les avait presque toutes faites, mais les deux autres en avaient fait moins de 75 %.

Diverses études montrent que les pensionnaires doivent consommer 1 500 millilitres de liquide par jour pour demeurer généralement en bonne santé. Les trois foyers avaient des politiques conformes à cette règle et surveillaient la quantité de liquide consommée quotidiennement par chaque pensionnaire. L'équipe de vérification a toutefois remarqué que seulement 10 % à 20 % des dossiers examinés dans deux des foyers montraient que le pensionnaire avait consommé la quantité recommandée. En revanche, tous les dossiers examinés dans le troisième foyer montraient que les pensionnaires avaient consommé au moins le minimum recommandé.

Audiences publiques

Durant les audiences publiques, des membres du Comité ont demandé pourquoi il était si difficile de prévenir les infections urinaires dans les foyers de SLD.

Un témoin a répondu que les infections urinaires et l'utilisation de cathéters vésicaux semblaient aller de pair. C'est pourquoi les médecins de ce foyer préférèrent ne pas utiliser de cathéters, sauf en cas de nécessité médicale. Le taux de cathétérisme du foyer est de 1,1 % par rapport à 2,9 % pour l'ensemble de la

infectieuse, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer, de concert avec les foyers de SLD et les hôpitaux, la meilleure façon de s'assurer que cette information est transmise en temps opportun pour les patients transférés d'un foyer à un hôpital ou d'un hôpital à un foyer, et rendre compte au Comité permanent des mesures à prendre à cette fin.

Utilisation des chambres à un lit

Les foyers vérifiés ont été conçus en accord avec des spécifications remontant à 1972 en ce qui concerne la dimension des chambres et le nombre de lits par chambre. Cependant, comme les foyers plus récents, ils n'ont généralement pas de chambres inoccupées pouvant accueillir les pensionnaires contagieux. Selon le CCPMI, il faut tirer le rideau autour du lit des pensionnaires souffrant d'une MRF qui partagent une chambre. Les trois foyers étaient toutefois réticents à le faire, sauf en cas de demande expresse du pensionnaire.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère élabore des consignes de manière à aider les foyers à déterminer le meilleur moyen de donner suite aux recommandations du CCPMI concernant l'isolement et le regroupement en cohorte des pensionnaires qui ont contracté ou risquent fortement de contracter des maladies infectieuses, compte tenu de la disponibilité limitée de chambres individuelles.

Audiences publiques

Les représentants du Ministère ont souligné que les foyers de SLD sont d'abord et avant tout un domicile pour les pensionnaires âgés. Les plans élaborés dans le cadre de l'initiative lancée par la province pour moderniser et réaménager les foyers de SLD prévoient des chambres plus spacieuses pourvues de deux lits au maximum et de salles de toilettes accessibles en fauteuil roulant afin de bien isoler les pensionnaires atteints de maladies infectieuses. Le Ministère entend réaménager 35 000 places dans les vieux foyers de SLD au cours de la décennie qui vient. Selon les fonctionnaires, 37 foyers représentant environ 4 200 lits ont déjà pris un engagement en ce sens, et le Ministère prévoit de réaménager quelque 7 000 lits tous les deux ans.

Un représentant d'un vieux foyer de soins infirmiers a fait remarquer que le foyer en question devait être réaménagé d'ici dix ans et qu'il lui arrivait parfois de loger un patient contagieux dans son infirmerie.

Au cours de ses délibérations, le Comité s'est dit préoccupé par la répugnance de certains foyers à isoler ou regrouper en cohorte les pensionnaires contagieux, pratique exemplaire recommandée par le CCPMI. Certains membres ont cité l'exemple des foyers qui refusent de tirer le rideau autour du lit d'un pensionnaire atteint d'une MRF qui partage une chambre, sauf à la demande expresse du pensionnaire.

Les témoins ont donné les réponses suivantes⁸ :

- Lorsqu'un foyer soupçonne une épidémie, ses dirigeants en avisent immédiatement les responsables de la santé publique et continuent de surveiller la situation. Les services de santé publique, quant à eux, déterminent si le foyer doit continuer de surveiller la situation ou s'il fait face à une épidémie.

- S'ils déterminent qu'une épidémie s'est effectivement déclarée, les responsables de la santé publique communiquent avec des fournisseurs de soins communautaires et, selon la gravité de l'épidémie, déterminent si le public doit en être informé. Les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui coordonnent les transferts entre les foyers de SLD, informent le foyer d'accueil de l'épidémie possible; c'est à ce dernier que revient la décision d'admettre ou de refuser le pensionnaire. Les fonctionnaires du Ministère ont précisé que les pensionnaires transférés à un autre foyer devaient subir un test de dépistage au moment de leur admission.

- Les pensionnaires ayant besoin de services hospitaliers d'urgence qui sont atteints d'une maladie infectieuse ou qui sont logés dans un foyer où une épidémie est soupçonnée peuvent même être transférés à un hôpital de soins actifs, et la présence de l'infection ou de l'épidémie soupçonnée au foyer doit être divulguée dans le formulaire de transfert.

- En collaboration avec leurs hôpitaux locaux, les foyers de SLD ont mis en place un programme pilote dans le cadre duquel une infirmière ou un infirmier en urgence traite le pensionnaire au foyer même afin de réduire le nombre de transferts des foyers de SLD aux hôpitaux. Si le pensionnaire doit quand même être hospitalisé, l'infirmière ou l'infirmier en urgence surveillera son état à l'hôpital et communiquera l'information pertinente au foyer au moment du retour. Le foyer peut notamment être avisé des infections auxquelles le pensionnaire a été exposé à l'hôpital, ce qui lui permettra d'appliquer les protocoles appropriés au moment du retour du pensionnaire. Les membres du Comité ont appris que cette procédure était en vigueur dans tous les foyers de soins infirmiers de l'Ontario.

Lorsque les membres du Comité ont demandé si les hôpitaux qui admettent un pensionnaire atteint de *C. difficile* reçoivent toujours le formulaire de transfert confirmant la présence de cette maladie infectieuse, les témoins ont répondu par l'affirmative.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. Bien que les foyers de SLD et les hôpitaux entretiennent certaines communications concernant les patients atteints d'une maladie

⁸ Dans la partie suivante du rapport, le terme « témoins » désigne les représentants d'au moins un des trois foyers de SLD vérifiés.

publique. Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), pour sa part, donne des conseils fondés sur des preuves concernant de multiples aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Le CCPMI a été mis sur pied à la suite de l'épidémie de SRAS qui s'est déclarée en Ontario et dans d'autres régions du monde en 2003. Il a publié, à l'intention des foyers de SLD, des guides de pratiques exemplaires contenant des lignes directrices et des recommandations formulées par des entités telles que l'Agence de la santé publique du Canada et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

D'importantes questions ont été soulevées dans le cadre de la vérification et devant le Comité, qui accorde une importance particulière aux questions examinées ci-après :

Dépistage

Le dépistage aide les foyers à repérer les nouveaux pensionnaires atteints d'une maladie infectieuse ou porteurs d'un organisme infectieux et à prendre des mesures et précautions supplémentaires. Des échantillons sont prélevés auprès des pensionnaires à risque puis envoyés à un laboratoire, qui détermine si les personnes concernées sont effectivement atteintes.

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) considère le dépistage comme une étape importante dans la prévention de la propagation d'une maladie ou d'un organisme infectieux à d'autres pensionnaires, au personnel et aux visiteurs.

Les trois foyers vérifiés avaient tous mis en place des politiques obligeant les pensionnaires à se soumettre à un test de dépistage des maladies respiratoires fébriles (MRF), mais seulement deux d'entre eux documentaient ce processus. Le vérificateur a toutefois constaté que, dans ces deux foyers, seulement 60 % à 80 % des nouveaux pensionnaires avaient subi un test de dépistage. Dans le troisième foyer, il n'a trouvé aucune preuve que des tests en règle de dépistage des MRF avaient été effectués.

Le vérificateur a recommandé que les foyers de SLD vérifient si leurs processus de dépistage sont conformes aux recommandations du CCPMI et aux exigences des lois en vigueur.

Audiences publiques

Les membres du Comité ont posé des questions sur les processus ou protocoles formels de notification pour le transfert d'un pensionnaire d'un foyer de SLD à un hôpital, d'un foyer de SLD à un foyer de SLD, et d'un foyer de SLD à un autre, lorsqu'on soupçonne que la personne en question est atteinte d'une maladie infectieuse.

Comme les activités de prévention et de contrôle des infections sont intégrées à leurs opérations, aucun des trois foyers visités par l'équipe de vérification ne faisait un suivi séparé des coûts associés à cet aspect des soins de santé.

Risque d'infection chez les pensionnaires des foyers de SLD

Les pensionnaires des foyers de SLD courent un risque élevé de contracter des maladies infectieuses, car il leur arrive souvent de partager une chambre et ils ont l'habitude de manger ensemble et de participer à des activités de groupe. Leurs risques d'infection sont généralement plus importants que ceux du grand public en raison de leur âge, de leur vulnérabilité à la maladie et de leurs déficiences cognitives.

Infections associées aux soins de santé (IASS)

Lorsqu'un pensionnaire contracte une infection, celle-ci est considérée comme une infection associée aux soins de santé (IASS). La gravité des effets des IASS sur les pensionnaires peut aller d'un malaise à une affection qui doit être traitée aux antibiotiques ou qui nécessite même l'hospitalisation. Dans les cas les plus graves, les IASS peuvent provoquer la mort.

Il n'existe pas de renseignements sur le nombre total d'IASS qui se déclarent chaque année dans les foyers de l'Ontario, mais des études indiquent que l'infection est l'une des raisons les plus répandues de l'hospitalisation des pensionnaires. Selon une étude américaine, elle serait la principale cause médicale d'environ 27 % des cas d'hospitalisation.

Rôles et responsabilités à l'égard de la prévention et du contrôle des infections

Le Ministère établit des normes de soins et inspecte chaque foyer une fois l'an sans s'annoncer afin de vérifier s'il se conforme à la loi et aux politiques du Ministère et de surveiller certains aspects de la prévention et du contrôle des infections.

Les foyers doivent adopter des politiques et procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections. Les médecins et le personnel infirmier qui travaillent dans les foyers assument eux aussi des responsabilités professionnelles en prévention et contrôle des infections, lesquelles sont énoncées dans les normes et lignes directrices publiées par leurs ordres de réglementation respectifs.

Les autres employés des foyers, dont les préposés aux services de soutien à la personne et le personnel de l'entretien ménager, de même que les pensionnaires et les visiteurs, ont tous un rôle à jouer dans la prévention et le contrôle des infections. C'est également le cas d'autres organismes tels que les 14 Réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLCI) et les bureaux locaux de la santé

Nombre et catégories de foyers

En Ontario, plus de 600 foyers de SLD offrent des soins, des services et un logement à environ 75 000 personnes, dont la plupart ont plus de 65 ans, qui ont besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24 et de supervision dans un environnement sûr. Les foyers de SLD deviennent en substance le « domicile » de la plupart de leurs clients. Il y a quatre catégories de foyers : les maisons de soins infirmiers à but lucratif, les maisons de soins infirmiers sans but lucratif, les établissements de bienfaisance et les foyers municipaux pour personnes âgées (voir la Figure 1). Près de 60 % des foyers se classent dans la première catégorie.

Figure 1 : Foyers de soins de longue durée de l'Ontario, par type, novembre 2008

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type	Nbre de foyers	Nbre de lits
foyer de soins infirmiers (à but lucratif)	353	40 100
foyer de soins infirmiers (sans but lucratif)	95	11 200
foyer de bienfaisance (sans but lucratif)	54	7 500
foyer municipal (sans but lucratif)	103	16 400
Total	605	75 200

Préparé par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Administration et financement des foyers de SLD

En 2009-2010, le Ministère a accordé un financement de 2,9 milliards de dollars aux foyers de SLD par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)⁵. Le Ministère a également versé 0,4 milliard de dollars additionnels directement aux foyers de SLD, ce qui a porté le financement total de ce secteur à 3,3 milliards de dollars en 2009-2010⁶. Selon le Ministère, le financement des foyers de SLD a augmenté de plus de 50 % depuis 2003-2004⁷. Comme ces montants ne couvrent qu'une partie des coûts, les pensionnaires doivent aussi payer entre 1 600 \$ et 2 200 \$ par mois (environ) pour leur logement, selon qu'ils occupent une chambre de base, à deux lits ou individuelle.

⁵ En 2009-2010, les dépenses de fonctionnement du Ministère pour plus de 600 foyers de SLD, réparties entre les 14 RLISS, totalisaient 2 877 608 964 \$. Voir : Ontario, Ministère des Finances, *Comptes public de l'Ontario 2009-2010*, États des ministères et annexes, vol. 1, Toronto, le Ministère, p. 2-240 à 2-243.

⁶ Les données financières indiquant la répartition entre le financement des RLISS et le financement géré par le Ministère ont été fournies par des cadres supérieurs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le 26 novembre 2010.

⁷ Le financement total des foyers de SLD est passé de 2 116 615 872 \$ en 2003-2004 à 3 261 455 653 \$ en 2009-2010. Voir *ibid.*

Le travail de vérification a été réalisé aux trois foyers de SLD mentionnés plus haut. Ont été exclus de la vérification les foyers municipaux de SLD, car la Loi sur le vérificateur général ne s'applique pas aux subventions consenties à des administrations municipales (sauf que le vérificateur général peut examiner les livres comptables d'une municipalité afin de déterminer si une subvention a été dépensée aux fins escomptées).

L'équipe de vérification a examiné les rapports d'inspection et d'autres rapports du Ministère liés à la prévention et au contrôle des infections dans les trois foyers. L'équipe n'a pas examiné en profondeur le processus d'inspection du Ministère, car le Bureau de l'ombudsman de l'Ontario se penchait sur ce processus au moment de la vérification.

En raison de leur effet négatif potentiel sur la santé des pensionnaires, le vérificateur a ciblé quatre maladies infectieuses : le *Clostridium difficile* (*C. difficile*), les maladies respiratoires fébriles (MRF), le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV). Chacune de ces maladies peut être transmise par contact. Il est donc essentiel de se laver les mains et de nettoyer et désinfecter les surfaces de contact pour en prévenir la transmission. Le vérificateur a également examiné les mesures de prévention des infections urinaires et des ruptures de l'épiderme (telles que les plaies de lit) susceptibles de s'infecter.

Cadre législatif et réglementaire

La Loi sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD) a été adoptée en 2007. La nouvelle Loi et ses règlements d'application (entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2010) remplacent trois lois distinctes régissant les foyers de soins de longue durée³ ainsi que le *Manuel du programme des établissements de soins de longue durée*. La nouvelle loi et ses règlements prévoient notamment :

- un examen détaillé, dans le cadre du processus d'inspection, des programmes, procédures et mesures de prévention et de contrôle des infections dans chaque foyer de SLD en Ontario;
- des programmes de prévention et de contrôle des infections, dont la surveillance quotidienne des pensionnaires dans tous les foyers de SLD afin de détecter la présence d'infections;
- des mesures pour prévenir la transmission de ces infections;
- des normes et des exigences que les programmes de prévention et de contrôle des infections des foyers de SLD doivent respecter.⁴

³ La Loi sur les maisons de soins infirmiers, la Loi sur les établissements de bienfaisance et la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos.

⁴ Voir : Normes et exigences, par. 86 (3), Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, site Internet à http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_07108_f.htm.

PRÉAMBULE

En mai 2010, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences publiques sur la prévention et le contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée, sujet dont le vérificateur général a traité dans son *Rapport annuel 2009*¹. Ont comparu devant le Comité le sous-ministre et des cadres supérieurs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), ainsi que des représentants des trois foyers de soins de longue durée qui avaient été vérifiés : Extendicare York (une maison de soins infirmiers à but lucratif de 288 lits à Sudbury), Nisbet Lodge (un foyer de bienfaisance de 103 lits à Toronto) et Regency Manor (une maison de soins infirmiers à but lucratif de 60 lits à Port Hope). Le présent rapport reprend l'essentiel des observations et recommandations formulées par le vérificateur dans la section 3.06 de son *Rapport annuel 2009* et présente les propres constatations, opinions et recommandations du Comité.

Remerciements

Le Comité permanent souscrit aux constatations et recommandations du vérificateur. Il désire remercier le vérificateur et son équipe pour avoir attiré l'attention sur l'importante question des maladies infectieuses dans les foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario et des mesures prises par ces foyers pour prévenir et contrôler ces infections². Le Comité permanent désire également remercier les représentants du Ministère et d'Extendicare York, Nisbet Lodge et Regency Manor qui ont assisté aux audiences. Enfin, le Comité tient à souligner l'aide qu'il a reçue du Bureau du vérificateur général, du greffier du Comité et du personnel du Service de recherches de l'Assemblée législative durant les audiences et à l'étape de la rédaction du rapport.

VUE D'ENSEMBLE

Objectifs et portée de la vérification

En septembre 2008, le vérificateur a publié un rapport spécial sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Le 29 octobre de la même année, le Comité des comptes publics a tenu des audiences publiques en réponse à cette vérification et publié un rapport. Le vérificateur a décidé d'examiner le même problème dans les foyers de SLD.

La vérification visait à déterminer si les foyers de SLD sélectionnés appliquaient des politiques et procédures efficaces de prévention et de contrôle des infections.

¹ Pour une transcription des délibérations, voir : Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39^e législature, deuxième session (12 mai 2010), site Internet (http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files.pdf/12-MAY-2010_P006.pdf) consulté le 7 octobre 2010.

² Voir : Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2009*, le Bureau, 2009, section 3.06, p. 159-185, site Internet (http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr09/306fr09.pdf) consulté le 7 octobre 2010.

TABLE DES MATIÈRES

1	PRÉAMBULE
1	Remerciements
1	VUE D'ENSEMBLE
1	Objectifs et portée de la vérification
2	Cadre législatif et réglementaire
3	Nombre et catégories de foyers
3	Administration et financement des foyers de SLD
4	Risque d'infection chez les pensionnaires des foyers de SLD
4	Infections associées aux soins de santé (IASS)
4	Rôles et responsabilités à l'égard de la prévention et du contrôle des infections
5	ENJEUX SOULEVÉS DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ
5	Dépistage
7	Utilisation des chambres à un lit
8	Infections urinaires
9	Immunisation
12	Utilisation des antibiotiques
16	Suivi des infections
16	Etablissement de données comparatives
18	Déclaration publique des indicateurs de la sécurité des patients
21	Professionnel en prévention et contrôle des infections
23	LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

MARIA VAN BOMMEL a été remplacée par WAYNE ARTHURS le 22 septembre 2010.

COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

2^e session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

PETER SHURMAN
Vice-président

WAYNE ARTHURS

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID ZIMMER

LIZ SANDALS

DAVID RAMSAY

Katch Koch et Trevor Day
Greffiers du comité

Lorraine Luski
Recherchiste



L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman W. Sterling

Queen's Park
Février 2011

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Prévention et contrôle de l'infection dans les foyers de soins de longue durée (Rapport
annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

Titre de la p. de t. additionnelle: Infection Prevention and Control at Long-Term Care
Homes (Section 3.06, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)
Également disponible sur l'Internet.
ISBN 978-1-4435-5343-8

1. Infections nosocomiales—Ontario—Prévention. 2. Établissements de soins de longue
durée—Ontario—Évaluation. I. Titre. II. Titre. III. Titre: Infection prevention and control at long-
term care homes (Section 3.06, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RA644.N66 O56 2010

353.6'309713

C2010-964071-3F



2^e session, 39^e législature
60 Elizabeth II

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION DANS
LES FOYERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE
(Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

COMITÉ PERMANENT DES
COMPTES PUBLICS

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario